

Kas ir mentalizācija, tās nozīme cilvēka garīgajā attīstībā un kāpēc par to jāzina ārstiem

Anita Plūme

Autora pozīcija

MD, MSc, MA Anita Plūme ir psihoanalītiķe, Starptautiskās Psihoanalīzes asociācijas (*International Psychoanalytic Association – IPA*) treniņa analītiķe. Pamatizglītību ieguvusi Rīgas Medicīnas institūta Ārstniecības fakultātē, specializējusies ginekoloģijā. Strādājot profesijā, izglītojusi jauniešus dzimumjautājumos, aktualizējot seksuālās izglītības nepieciešamību TV raidījumā “Skabarga”, kas guva lielu atsaucību jauniešu vidū divdesmitā gadsimta deviņdesmitajos gados.

Zināšanas seksoloģijā papildinājusi Lojolas Universitātē Čikāgā, ASV, bet atgriežoties Latvijā pēcdiploma kvalifikāciju turpināja Rīgas Medicīnas institūtā un ieguva specialitāti arī psihiatrijā.

Studijas radīja interesi par psihoanalīzi, tādēļ viņa devās uz Londonu, kur divus gadus studēja klātienē Londonas Universitātes koledžā (*University Colleague London, UCL*) un Annas Freidas centrā, lai apgūtu psihoanalītisko teoriju un psihoanalītisko attīstības psiholoģiju, tai skaitā zīdaiņa un bērna novērošanu tās praktiskajā izpausmē.

Pabeidzot studijas *UCL*, sadarbībā ar A. Freidas centru tika uzrakstīta zinātņu maģistra (*Master of Science – MSc*) disertācija, kuras temats – “Psihoanalīzes un piesaistes teorijas saskarsmes punkti un atšķirības partnerattiecību izpratnē”.

Zinātniskais darbs tika veikts tajā laikā liela projekta – “Londonas vecāku un bērnu piesaistes uzvedības pētījuma” – ietvaros. Londonā projektu vadīja profesors Pīters Fonegijis (*Peter Fonagy*).

Anita Plūme ir mācījusies arī psihoanalītiskās psihoterapijas programmu Karolīniskās Universitātē un Stokholmas Psihoterapijas akadēmijā, kuru pabeidzot uzrakstīts maģistra darbs un veikts pētniecības darbs par piesaistes uzvedības modeļu izplatību Latvijā, izmantojot Londonas vecāks-bērns projekta paraugus.

Tālāk studijas psihoanalīzē turpinātas Amsterdamā, Austrumeiropas Psihoanalīzes

institūta paspārnē, turpinot sadarbības ar Londonas psihoanalītiķu un starptautisku psihoanalīzes supervīzijas grupu.

Pašlaik Anitai Plūmei ir 32 gadus ilga darba pieredze psihoanalītiskajā terapijā un 23 gadus ir veikta pacientu psihoanalīze uz kušetes (*Freida metode*).

Līdz 2011. gadam Anita Plūme bijusi lektore Latvijas Universitātē, pēdējos 12 gadus apmācītāji psihoanalītiķe. Pašlaik māca jaunus kolēģus Igaunijas-Latvijas Psihoanalīzes grupas ietvaros.

Ievads

Pēdējā laikā medijos tiek atspoguļoti samilzuši konflikti starp pacientiem, viņu tuviniekiem un ārstiem. Tas veicina savstarpēju nesapratni, lai neteiktu naidīgumu, starp medicīnas darbiniekiem un sabiedrību. Visspilgtāk to ilustrēja abu iesaistīto pušu sarunu ieraksti, intervijas un mirstošu pacientu tuvinieku pretenzijas pret ārstiem par ierūtības trūkumu. Savukārt, ārstu paskaidrojumi par pārslodzi darbā atstāj ļoti smagu iespaidu, un liecina, ka abas puses tik tiešām viena otru nespēj uzklaut un saprast, jo katram ir savi pamatoti argumenti.

Ļoti bieži, ja ne vienmēr, katru speciālistu viņa profesijā ievēro dziļi personiska interese kādā viņam svarīgā jautājumā. Ārsts visbiežāk gribēs izglābt slimnieku un uzveikt slimību, to pakļaujot saviem, zinātniski pamatotiem likumiem, jeb, kā Rainis teiktu – pierādīt, ka “esmu stiprāks par nāvi”, tā cilvēkam dodot cerību atveseļoties, atbrīvoties no ciešanām un ne reti tiešām izglābties no nāves. Ārsts vienmēr ir cīnītājs par pacienta dzīvību un veselību, kas viņam dod milzu autoritāti pacientu acīs un neapstrīdamu, pamatotu prestižu ārsta profesijai, jo to apgūt var tikai dziļi intelektuāls, psihiski noturīgs un garīgi attīstīts cilvēks, kuram jānoiet ļoti garš ceļš līdz kvalifikācijai savā nozarē.

Metafora, ka ārsts spēj uzveikt nāvi, ir tikpat veca, cik ārstniecība, tādēļ tā ir iekļauta cilvēka iekšējā pasaulē eksistējoša, bet

joks, ka Dievs atšķiras no ārsta ar to, ka Dievs zina, ka viņš NAV ārsts, tikai atspoguļo ārsta personas ideālu profesijā gan viņa paša, gan pacienta fantāzijās, ticot, ka tomēr ārsts ir Dievs, kurš spēj visu...

Paturot šo metaforu prātā, gan medijos izskanējušos gadījumos, gan dokumentālās un mākslas filmās atainotās epizodes, kad ārsts nespēja laikus sniegt palīdzību mirstošam pacientam laika trūkuma un pārslodzes dēļ, vai citā gadījumā, vienpersoniski paziņojot pacienta mātei par bērna nāvi vai konsīlija slēdzienu, ka radnieks jāatvieno no dzīvību uzturošās aparatūras, jo faktiski ir miris – iestājusies smadzeņu nāve – tuvinieku acīs ārstu no glābēja ar Dieva spējām padara par Nāves eņģeli un Jauno Dēmonu, pret kuru jāvērs savas dusmas, kamēr Ārsts, būdams savā amatā, zina, ka viņš ir Dievs, paliek pie savas taisnības par ziņas faktisko patiesumu un tiesībām tikt saprastam.

Pēdējā laikā vērojot TV ekrānā Latvijas medicīnā publiski atspoguļotos pārpratumus starp ārstiem un pacientiem, domāju, daudziem rada ne tikai smagas un bēdīgas izjūtas, bet arī biedējošas – pie TV ekrāna sēdošā pacienta ieskatā ārsts vairs nav Dievs, jo nepalīdz mirējam izglābties no nāves, tāpat nav uzticams. Savukārt publiski nomelnotais ārsts var izjust dziļu aizvainojumu pret pacientu, jo nav ticis profesionāli novērtēts un atzīts, cenšoties smagajās situācijās rīkoties pēc labākās sirdsapziņas.

Raugoties uz presē atspoguļotajiem ārstu un pacientu konfliktiem, kuros uzskatāmi atainota iesaistīto pušu saziņas nespēja, jo stress apstākļos nobrukusi komunikācijas kvalitātei nozīmīgā mentalizācijas funkcija jeb labas savstarpējas sapratnes pamats.

Mentalizācija kā prāta funkcija un garīgās attīstības mērs – kāpēc tas jāpārzina ārstam

Jēdziens *mentalizācija* (Latvijas enciklopēdija, 2022) pazīstams kopš deviņpadsmitā gadsimta sešdesmitajiem-septiņdesmitā

jiem gadiem, kad pirmo reizi minēts filozofiskos darbos un psihiskās veselības aprakstos, kur mentalizāciju raksturo kā prāta centienus (*effort of the mind*) saprast cita cilvēka redzamo uzvedību, kas balstās personīgajā pieredzē un pārdzīvotajās emocionālajās reakcijās.

Pēdējos desmit gados par mentalizāciju runā Freida piemiņas fonda profesors Pīters Fonagijs (*Peter Fonagy, PhD FBA*), kas ir arī Londonas Annas Freidas centra un Universitātes koledžas (*UCL*) Pētniecības nodaļas vadītājs, bet Ziemeļamerikā mentalizāciju pēta daudzi Meningera klīnikas speciālisti.

Citiem vārdiem – mentalizācija ir cilvēka spēja saprast otra cilvēka uzvedību, pieņemt, ka emocijas, kas to izraisījušas, pašam ir pazīstamas no personīgās pieredzes.

Mentalizācijas process smadzeņu garozas pieres daivu vidusdaļā sāk veidoties ļoti agrīni, sākot no trīs mēnešu vecuma, bet turpina pilnveidoties visu cilvēka mūžu.

Agriņā mentalizēšanas veidošanās nozīmē, ka galvenie cilvēki, kas palīdz katram saprast pašam sevi, ir mūsu vecāki, galvenokārt bioloģiskā māte (primārais aprūpētājs) un citi ar bērnu cieši iesaistīti aprūpētāji – tēvs, aukles, bērnudārza audzinātāji, treneri, skolotāji un medicīnas darbinieki, tajā skaitā ārsti.

Zīdainis emocionālās attīstības ziņā, bioloģiskā izpratnē ir teju kā balta lapa. Viņš ir piedzimis ar izjūtu, proti, deviņu afektu komplektu un temperamentu, kas turpmāk noteiks rakstura iezīmes (*Thomkins, 1962; Nathanson, 1992; Sebre, 2022*).

Cilvēka emocionālās attīstības un veidošanās process nav vienkāršs. Iedzimtībai (izņemot fiziskus defektus galvas smadzenēs) nav liela nozīme cilvēka garīgās attīstības procesā. Dieva loma procesa gaitā atdota mātei un tēvam jeb primārajiem aprūpētājiem, kuru ierocis šai sarežģītajā ceļā ir tikai un vienīgi pacietība un mīlestība – pavisam praktiska un vienkārša – bez jebkādas romantikas. Arī citi pieaugušie, kas iesaistās bērna dzīvē, iespaido mentalizācijas veidošanos vai kavē to.

Lai pieaugušais spētu bērna garīgo attīstību stimulēt, viņam jābūt brīvam no paša dzīves ciešanu saistītajām dusmām un bailēm brīžos, kad notiek komunikācija ar bērnu. Dusmīgs vai izmisis pieaugušais ar savām emocijām iespaidos bērna emocionālo uztveri, radot bērnam bailes un trauksmi kā pirmo un galveno emocionālo reakciju.

Tādēļ brīžos, kad vecākam vai aprūpētājam zūd pacietība un miers, jāmeklē profesionāla palīdzība, lai veicinātu savu garīgo stabilitāti un attīstību, jo cilvēka garīgā attīstība notiek mūža garumā, tikai jāgrib sevi pilnveidot, pašam izprast sevi un savas vajadzības. No tā ieguvēji ir visi.

Metaforiski ārsta un pacienta attiecībās un komunikācijā ir daudz mātes un bērna attiecību elementu, neatkarīgi no ārsta dzimuma, pacients gaida ieinteresētību, rūpes, gādību, uzmanību, iejūtību un patiesu vēlmi mazināt ciešanas un atgriezt labsajūtu – gluži to pašu, ko bērns gaida no mātes. Tāpat kā mātei, ārstam traucēs paša dzīves apstākļu radītais stress, kas neapšaubāmi iespaidos kontaktu ar pacientu, padarot to saspringtu, jo pacients jutīs ārsta stresu un reaģēs tieši uz to, nevis sarunas faktisko saturu.

Secinājums – aprūpētāja stress viennozīmīgi traucē mentalizācijas procesam, tātad arī kvalitatīvai komunikācijai un informācijas apmaiņai.

Kāpēc mentalizācijas spēja ir svarīga aprūpējošām profesijām

Mentalizācija ir balstīta uz pieņēmumu, ka garastāvokļi iespaido cilvēka uzvedību. Mentalizēšana vienlaikus prasa rūpīgu notikumu un reālo apstākļu ātru analīzi galvas smadzenēs un ātru apstākļu izpratni.

Tā prasa arī iepriekšējo, līdzīgās dzīves situācijās piedzīvoto emocionālo reakciju izpratni un atsauci atmiņā. (*Fonagy, Sebre*)

Šobrīd, attīstoties neirozinātnei un neiro psiholoģijai, ir zināms, ka mentalizācijas process galvenokārt notiek priekšapziņā (pieres daivu vidējā daļā). (*Solms, Tournbull, 2012*)

Labā ziņa, ka mentālie stāvokļi, piemēram, ticējumi, pieņēmumi, pārliecība un secinājumi, ir mainīgi un maināmi lielumi, nevis kā reālie fiziskie apstākļi, kas tik viegli nemainās.

Gan garastāvokļi, gan garīgie parametri (līdzsvarotība, nomāktība, uzbudināmība, satraukums, aizkaitināmība) ir maināmi, proti, cilvēka pārliecība var mainīties, mainība kā fenomens ir bioloģiski pamatots, tādēļ garastāvokļi mainās.

Galvenais secinājums – mentalizēšana ir prāta centieni saprast realitātes iespaidu uz sevi caur iztēli, vienlaikus skaidrojot sev otra cilvēka reakciju, kura noteiks viņa uzvedību

konkrētā brīdī. Šī izpratne par cita emocijām var būt neprecīza, jo balstīta prāta iztēles funkcijā.

Ja no šā aspekta raugās piemēram uz ārsta paziņojumu mātei, ka viņas bērns ir miris nelaimes gadījumā vai partnerim, ka viņa otra puse ir bezcerīgā stāvoklī un atliek tikai atvadīties, jo medicīna te ir bezspēcīga, ziņas saņēmējam diemžēl tas būs milzīgs emocionāls trieciens, kas gandrīz minūšu laikā noārdīs gadu gaitā labi izveidotās psihiskās funkcijas (aizsardzības un mentalizācijas spēju) un, metaforiski izsakoties, iemētīs šī cilvēka psihisko regulāciju dziļi smadzeņu dziļēs – zemapziņā jeb zemgarozā, kur psihi regulē primitīvi impulsi. (*Fonagy, Aisworth, Steele&Steele, Bowlby, Robertson*)

Šādu epizodi var arī saprast no piesaistes uzvedības viedokļa, jo zaudējuma un/vai šķiršanās pieņemšana ir piesaistes uzvedības galvenais uzdevums – spēt pārdzīvot aprūpētāja zaudējumu un izdzīvot, balstoties uz drošo piesaisti, kas palīdz atrast palīdzību pie cita. Ir ļoti plaši izpētīts (*Aisworth, Fonagy, Steele&Steele, Robertson*), ka šķiršanās jeb atstāšanas pirmā bioloģiski noteiktā reakcija ir trauksme, kas apgrūtina realitātes uztveri bailu dēļ, atskāršot, ka esi atstāts viens, tātad nāvējoši apdraudēts, kas parasti izskatās kā sastingums, kas nav ilgs. (*Bowlby, Aisworth, Fonagy, Steele&Steele*). Nākamā fāze – seko protests un dusmas, kuras, piemēram, maziem bērniem vai cilvēkiem afekta stāvoklī, izpaužas fiziski – sitot, metot virsū priekšmetus, skrāpējot, kožot, sperot un nepārtraukti klieudzot vai raudot, mēģinot bēgt, rauties prom. (*Robertson, Bowlby, Winnicott*). Trešā fāze nāk vēlāk, kad ir skumjas un depresija, kura ved pie apātijas. (*Bowlby, Aisworth, Robertson*)

Ja raugās no pacienta partnera skatpunkta, viegli iedomāties mirkļa apjukumu, kad tikko, piemēram, vīrs vai sieva, tika ārstēts un bija cerība, ka dzīvos, pēkšņi tiek atzīts par bezcerīgi slimu un mirstošu, izraisa ļoti līdzīgu reakciju kā mazam bērnam, jo psihiskā funkcionēšana "iekrīt" piesaistes uzvedības laukā ar visām tām pašām reakcijām kā mazam bērnam. Pamatā būs bailes, vilšanās un bezspēcība, kam sekos protests, tātad dabiski noteiktās un programmētās dusmas. Uz mirkli ziņu saņēmējam iestājas mentalizācijas paralīze, realitātes uztvere sašķobās, ko sauc par funkcionālu psihozi, kad realitāte un fantāzija sajūk, atņemot gan orientāciju, gan traucējot pašas realitā-

tes konkrētā mirkļa uztveri. (Fonagy)

Piesaistes teorijas un mentalizācijas funkcijas izpratne pasaka priekšā, ka protesta un dusmu reakcija pie sliktām ziņām ir sagaidāma. Vēl vairāk – reakcija ir bioloģisks process, kuru nevar atcelt vai zibenīgi pārveidot, to var palīdzēt emocionālā šoka stāvoklī nonākušajam pārstrādāt uz vietas, bet atbalsta personai šim uzdevumam jābūt speciāli sagatavotam. Vislabāk šādu uzdevumu neveikt vienpersoniski, pat pēc atbilstīgas apmācības un sagatavošanas, kādā veidā fatāli jaunumi paziņojami un kādas sekas preventīvi jāparedz konkrētajai personai. Seku variācija būs balstīta ārstiem labi zināmajā piesaistes uzvedībā un sarunas dalībnieku personības attīstībā.

Kas veido cilvēka personību un vai tā ir iedzimta

Bērņa emocionālā jeb psiholoģiskā dzimšana (Pine, Friberg) un attīstība notiek caur mātes (primārā aprūpētāja) prātu un emocijām – viņa ir kā tulks, kas pārtulko bērnam viņa paša afektīvo stāvokli emociju valodā. Tādējādi māte intuitīvi regulē afektu ilgumu un stiprumu, uzmanot stimulu intensitāti un to izraisīto uzbudinājumu.

Caur mātes regulējošo uzvedību bērns apgūst savas izjūtas, to izpaušmi, stiprumu un ietekmi uz pašsajūtu, vienlaikus vērojot savas uzvedības iespaidu uz otru cilvēku (māti un tēvu). Caur šo mijiedarbību bērns, apgūstot savu emociju veidošanos un pašregulāciju, iegūst adekvātu pašuztveri. (Brazelton)

Bērnam, attīstoties pašregulācijai, rodas sapratne, kā atšķirt domas un izjūtas no fiziskiem realitātes faktiem.

Tas nozīmē – prast izvērtēt domas vai reakcijas un nepieņemt tās par dzīves īstēnību vai faktu, bet gan kā realitātes atstāto iespaidu uz sevi – savu organismu.

Šis process ir ilgs un pirmās spējas atšķirt domas un pieņēmumus no ārējās realitātes var novērot apmēram 5–6 gadu vecumā (Theory of mind. Prāta teorija), bet pavisam droši septiņu gadu vecumā.

Šajā vecumā vecāku ierādītā uzvedība un emocionālās reakcijas palīdz saprast, ka realitāte nemainās no mūsu domām, bet mēs uz to reaģējam, jo reakcija ir realitātes atspulgs mūsu izjūtās.

Ir zināms, ka domas un reakcijas ir maināmas dzīves pieredzes dēļ vai laika faktora ietekmē, bet realitāte pastāv neatkarīgi

no cilvēka prāta, ir nemainīga un būtībā neitrāla.

Šī it kā vienkāršā atziņa ir garīgās veselības un līdzsvarotas psihiskās funkcionēšanas pamatā.

Kad sākas garīgā un emocionālā attīstība

Ja sākotnēji domāja, ka jaundzimušais ar māti nekontaktē, jo smadzenes vēl nav pietiekami diferencējušās un zīdainim nav izstrādājusies sapratne par māti kā par citu cilvēku, tādēļ viņš it kā vēl nespēj pēc viņas tiekties, tomēr novērojumi pierādīja pretējo. Pirmais, ko jaundzimušais sajūt un pazīst, ir māte. Bērns viņu pazīst pēc smaržas, sirdspukstiem un ādas temperatūras. Viņš pazīst mātes balsi un nekļūdīgi uz to reaģē. Šie atklājumi pierādīja, ka cilvēks savu psihisko attīstību sāk jau mātes miesās. (Piontelli)

Bērnu un māti vieno unikāla saikne. Māte ir tā, kas dod ne tikai dzīvību, bet veido arī emocionālo saikni un nodrošina tās attīstību caur mātes hormonu sistēmu vēl intrauterinās attīstības laikā.

Ja tēvs piedalās bērna gaidīšanā, jaundzimušais pazīst arī tēva balsi, bet nepazīst tēva smaržu, ķermeņa temperatūru un sirdspukstus. Pētot mātes vai cita tuva aprūpētāja mijiedarbību ar zīdaini, radās arvien jaunās teorijas par to, kā šī mijiedarbība veido un stimulē bērna psihisko attīstību. (Fonagy, Steel&Steele, Stern D., Howe D., 2011)

Vērojumi apstiprināja, ka bērns sevi atklāj un iepazīst tieši tā, kā viņu redz un saprot māte. Pirmais, kas pievērš šai parādībai uzmanību, bija pediatrs un psihoanalītiķis Donalds Vinikots (Winnicott). Vinikots pirmais poētiski aprakstīja mātes un bērna mijiedarbību: "Bērns sākas mātes acīs, kur viņš sevi redz kā spoguļi un spoguļa attēls ir tas, kas veido viņa dvēseles (personības) pamatu."

Poētisks, bet patiesi apgalvojums – kā māte saprot bērnu, tā bērns vēlāk saprot sevi.

Neirozinātne to apstiprina un mentalizācijas koncepts ir tikai padziļināta sapratne par šo fenomenu. Vinikota terminoloģijā šo fenomenu sauc par spoguļošanu (*mirroring*). Tas nozīmē, ja māte labvēlīgi skatās uz bērnu, bērns skatās mātes acīs un kā spoguļi redz sevi pašu, ne mātes daļu, bet sevi kā citu cilvēku, kurš tāds kāds ir, tiek pieņemts un saprasts, ir vērtīgs. Ja māte redz bērni sevī jeb savu daļu, bērns neveido priekšstatu par sevi kā atsevišķu individu, bet gan kā

mātes daļu un vēlāk izjutīs pašuztveres traucējumus¹.

Zīdaiņu novērošana palīdzēja saprast mātes un zīdaiņa mijiedarbību, un saprast arī to, kādā veidā māte iespaido zīdaiņa emocionālo un fizisko attīstību. (Spitz R., Stern D.) Mātes iespaids var būt pozitīvs, neitrāls, bet var būt arī negatīvs, pat traumējošs. (Fraiberg, Pine, Mahler, Winnicott, 1965; Fonagy, 2006; Green, 1986)

Secinājumi nebija viennozīmīgi. Viss atkarīgs, kā māte skatās uz bērnu – ja māte uz bērnu skatās ar mīlestību, zināms, ka šāds skatiens bērna ķermenī izraisa hormona oksitocīna izdalīšanos. (Solms M., 2011) Šis hormons bioķīmiski apstiprina, ka viņš ir mīlēts, saprasts un novērtēts, tas stimulē gan garīgo, gan fizisko attīstību.

Šobrīd ar mikrodatortomogrāfijas metodi pierādīts, ka pozitīvas mijiedarbības gadījumā, bērna smadzenēs var novērot aktīvus, emocionālus punktus, kas veido pamatu viņa pašuztverei un sapratnei par savu būtību un tās unikālo vērtību, kā arī savām emocionālajām reakcijām, esot kopā ar sev svarīgu personu, tādējādi attīstot pamatu mentalizācijas spējai. (Solms, 2011; Turnbull, 2011)

Savukārt, depresīva māte, kas raugās uz bērnu kā apgrūtinājumu un savu ciešanu iemeslu, rada bērni neizpratni un trauksmi, jo bērns neuztver sevi kā pozitīvu un vērtīgu būtni, bet kā mātes daļu, kura jāregulē, jo tā apgrūtinā māti (negatīva pašuztvere).

Augstāk aprakstītie fakti ļauj secināt, ka pamats bērna psihiskajai un arī fiziskajai attīstībai ir meklējams bioloģiski noteiktajā piesaistes uzvedībā savam primārajam aprūpētājam – optimāli – bioloģiskajai mātei.

Piesaistes uzvedības teorija un kāpēc to svarīgi saprast ginekologiem, pediatriem un ģimenes ārstiem

Zīdaiņa novērošana ļāva secināt, ka bērns veido ar māti piesaistes uzvedību. (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1979; Robertson, 1996)

¹ Narcistiskā māte – redz bērni sevī jeb daļu no sevis. Psihoanalīzē to vērtē, ka māte redz bērnu kā savu turpinājumu jeb pagarinājumu – teiksim kā savu roku vai kāju. Domājot par šo metaforu var saprast, ka māte ir ārkārtīgi tendēta bērnu kontrolēt, uzmanīt un uzraudzīt. Savā ziņā tā ir pāraprūpējošā māte. Diemžēl bērns izaug, nevis izlūtināts vai kaut kādā ziņā pāraprūpēts, bet ar ļoti zemu pašvērtējumu un nepietiekamu sajūtu – kas es esmu un kāds es esmu. Būtībā šis aspekts visbiežāk nosaka to, ka pieaugušā vecumā šādi audzināts bērns funkcionēs kā robežpersonība.

Tas nozīmē, lai zīdains varētu izdzīvot, viņam ir vajadzīga neatslābstoša mātes uzmanība un rūpes, kuru esība un noturība ir atkarīga no mātes garīgā līdzsvara, noskaņojuma, spējas nenogurstoši uzmanīt, redzēt, dzīvot līdzī un sajūst savu bērnu. Šīs spējas veidojas jau grūtniecības laikā un to novēro primārajā mātes pārņemībā ar grūtniecību un viņas pašsajūtu (*primary maternal preoccupation* (Winnicott)), kura ir bioloģiski determinēta un sākas apmēram 30 grūtniecības nedēļā. Šī procesa laikā sievietes mentālā funkcionēšana un mentalizācija ir nestabila, tādēļ daudzām sievietēm ir atmiņas traucējumi, slikts miegs, nespēja koncentrēties un viegla aizkaitināmība. Psihodinamiskā izpratnē to var izskaidrot ar zināmu psihisku regresiju, kad prāta apsvērumi it kā zaudē nozīmību, daudz stiprāk paverot ceļu emocionālām reakcijām.

Ja pēc bērna piedzimšanas mātes noskaņojums ir pozitīvs, viņa ir priecīga par bērnu, piesaistes uzvedība notiek optimālā veidā, jo māte apmēram 60% gadījumu uzmin, kas bērnam vajadzīgs un veido ar viņu drošo piesaisti.

Ja mātei ir slikts noskaņojums, piemēram, viņai ir jebkādas pakāpes depresija vai citas veselības problēmas, viņu nomāc sadzīve: nabadzība, slikti dzīves apstākļi, trūkst bērna tēva klātbūtnes, piemēram, alkoholisma vai citas atkarības dēļ, ja trūkst atbalsta no pašas mātes, sieviete nevarēs pilnīgi pievērsties bērnam, jo daļēji viņas prāts būs nomākts ar dzīves realitāti.

Šādā gadījumā visdrīzāk viņa uzminēs tikai 30–40% bērna vajadzību, jo pati būs nomākta, aizņemta ar sevi un dzīvos savā pasaulē, un tas aizņems lielāku vietu mātes prātā nekā rūpes par bērnu. Tāpēc bērna piesaistes uzvedība veidosies pēc nedrošā scenārija, un tā būs viena no trim nedrošās piesaistes formām.

Piesaistes teorijas pamatprincipi

Piesaistes uzvedības pamatā ir mātes bioloģiski nosacītā spēja būt pie zīdaiņa vienmēr, kad tas nepieciešams, un palīdzēt bērnam interpretēt viņa stāvokli un apmierināt bērna vajadzības gan fiziskās – barība, siltums, miers –, gan emocionālās – nomierināšana vai stimulācija.

Pareizi uzminot zīdaiņa vajadzības, bērnam pašam veidojas spēja interpretēt savu stāvokli un prasīt piepildīt viņa vajadzības – veidojas pamats pozitīvai pašuztverei.

(Bowby, Ainsworth, Main, 1985; Fonagy, 1991; Steels, 1991)

Piemēram, jaundzimušais sāk raudāt (tas ir mātes saukšanas veids), vienlaikus žagojoties, tā signalizējot, ka viņam ir auksti. Māte to uztvers instinktīvi un bērnu sasil-dīs, savukārt bērns saņem signālu – diskomforta gadījumā kāds ir blakus, kas sa-prot viņa vajadzības, tādējādi palīdzot izdzī-vot.

Atkārtoti piedzīvojot šo interakciju, radī-sies secinājums – man ir vajadzības un tās tiek apmierinātas, esmu pasargāts un droši-bā.

Citā gadījumā, kad bērns raud, māte sa-prot, ka viņš grib ēst. Viņa to pabaros, do-dot bērnam pārliecību: “Ja esmu izsalcis, izsalkums vienmēr tiks remdināts. Esmu drošībā.”

Mijiedarbību starp māti un bērnu sauc par interakciju. Mijiedarbībā piedzīvotais tiek saglabāts ilgtermiņa atmiņā – smadze-ņu zemgarozā, proti, zemapziņā. Citiem vār-diēm – šajās mazajās uzvedības interakcijās bērns mācās to, ka šajā pasaulē kāds selek-tīvi pieder viņam, viņš ir uzmanības centrā, un tas ļauj bērnam saprast viņa jūtas un va-jadzības, un šīs patīkamās un nepatīkamās sajūtas sniedz vēlamu rezultātu.

Ja interakciju rezultāts ir kļūdainis, vaju-dzība netiek izprasta un apmierināta, pašuz-tvere netiek pietiekami pozitīvi stimulēta, veidojas pamats nedrošai piesaistes uzvedī-bai un tālāk grūtības mentalizācijas funkci-jas veidošanā.

Piesaistes uzvedība ir neapzināta, vido-jusies ļoti agrīni – vēl pirms valodas attīstī-bas. Bioloģiski tā ir lokalizēta smadzeņu zemgarozā, tomēr to var labi novērot arī pie-augušā cilvēka uzvedībā un rīcībā. (Main, 1997) Piesaistes uzvedība praktiski pama-tos nav maināma, bet tās kognitīvās izpaus-mes var apzināti mainīt caur savas uzvedī-bas un tās iespaida sapratni.

Piesaistes uzvedības tipi

Piesaistes teorijas pamatlicējs Džons Boulbijs (Bowby) izpētīja un aprakstīja čet-rus piesaistes uzvedības tipus bērniem. Viņš secināja, ka piesaistes uzvedība veidojas un nostiprinās līdz 18–24 mēnešu vecumam. Tas ļāva secināt, ka šis vecums – 24 mēneši –, ir agrākais vecums, kad bērns bez pār-traukuma no mātes var šķirties ilgāk par as-toņām līdz desmit stundām. Ja šķiršanās uz ilgāku laiku notiek pirms 24 mēnešu vecu-ma, bērniem novēro izteiktu šķiršanās trauk-

smi, kas bērībā izpaužas dažādās uzvedī-bas problēmās, bet pieaugušā vecumā izrai-sa ievērojamas garastāvokļa svārstības ik-dienas situācijās un ir pamats panikas lēk-mēm (robežpersonības funkcionēšanas veids)².

Piesaistes uzvedības tipi:

- drošais;
- ambivalentais (divējāda);
- izvairīgais;
- dezorganizētais (haotiskais).

Mērija Meina (Main) pētījumos analizēja pieaugušos, sistematizējot piesaistes tipus pieaugušā vecumā. ASV Kalifornijas Uni-versitātē tika izstrādāti piesaistes uzvedības tipu varianti pieaugušiem un speciāla inter-vijas tehnika.³

Pagājušā gadsimtā no sešdesmitajiem līdz deviņdesmitajiem gadiem visā pasaulē, dažādās kultūrās un sociālajos slāņos, ar lielu statistisku ticamību tika pētīta piesai-ses uzvedība. (P. Fonagy, M. Ainsworth) Viena no tēzēm, kas tika apstiprināta, ir bērna piesaiste veidojas mijiedarbībā ar abiem vecākiem. Ja vecāku piesaistes uzve-dība ir polarizēta, teiksim, nedrošā piesaiste ar tēvu, bet drošā piesaiste ar māti vai otrā-di, bērna piesaiste pārsvarā ir ambivalenta, proti, nedrošā tipa.

Piesaistes uzvedība daļās divās lielās grupās. Pirmajā grupā apmēram 50–60% gadījumu māte spēj saprast vai uzminēt zī-daiņa vajadzības, bet 40% gadījumu kļū-dās. Šādos apstākļos veidosies drošā pie-saiste, ko visās valstīs novēroja apmēram 35% dalībnieku.

Šāds secinājums bija par pamatu visap-tverošai jauno vecāku un aprūpētāju izglīto-šanai. (Well Baby Clinics sistēma) Skolās tika ieviesta veselības mācība ar uzsvāru uz bērna attīstību, lai kognitīvi palīdzētu topo-šajiem vecākiem jau agrīni saprast, kāds ir

² Piesaistes uzvedības pētījumi un secinājumi daudzām valstīm lika pārskatīt bērnu aprūpes sistēmas. Piemēram, atklājums, ka bērns līdz 24 mēnešu vecumam piesaistes uzvedības formēšanās dēļ nekādā gadījumā nedrīkst šķirties no primārā aprūpētāja ilgāk par divām trim stundām. Dažādu apstākļu dēļ, vecākiem var nākties atstāt bērnu uz ilgāku laiku aprūpes iestādē. Tas nozīmē, ka personālam jābūt speciāli sagatavotam un pietiekamā daudzumā, lai bērni nejustu trauksmi un bailes sveša cilvēka klātbūtnē.

³ Piesaistes uzvedība – uzvedība, kas raksturīga visām siltasiņu dzīvnieku sugām, tika pētīta vairākas dekādes. Tas ļāva saprast, ka piesaiste rodas bērībā, bet izpaužas pieaugušā vecumā. Mērija Einsvorta (Mary Ainsworth) izstrādāja metodi, kā piesistes uzvedību nosaka bērniem ar tā saucamo svešinieka situācijas modeli. ASV Kalifornijas Universitātē Sanfrancisko Mērija Meina (Mary Main) izstrādāja interviju, kā atšifrēt piesaistes tipu pieaugušam cilvēkam. Ilgstošo pētījumu rezultātā bija iespēja pārliecināties, kā pieaugušā piesaistes tips joprojām ir bērībā izveidotā piesaistes forma, tikai tās izpausme pieaugušam ir citādāka.

optimālais bērna aprūpes veids un kāda ir tā nozīme bērna nākotnē un sabiedrības vērtību sistēmā kopumā, liekot uzsvāru uz vardarbības samazināšanu pusaudžu vecumā un pieaugušo dzīvē⁴.

Kā praktiski novērot piesaistes uzvedību pieaugušajiem

Pieaugušais uz bērna vajadzībām spēj atsaukties pamatojoties uz izveidoto savu piesaistes uzvedības tipu savā bērnības pieredzē.

Visspilgtāk to redz mātes un bērna mijiedarbībā, jo māte lieto savu piesaistes uzvedības stilu, interpretējot bērna emocionālo reakciju uz realitātē notiekošo.

Iedomāsimies gadījumu. Pa ielu iet māte un pie rokas viņai 14–15 mēnešus vecs bērns, kurš jau nedroši staigā. Bērnam, kāpjot uz ietves, aizķeras kāja, bērns pakļūp un sāk raudāt.

Mātes iespējamās reakcijas, atkarībā no viņas pašas piesaistes tipa.

1. Māte paraus bērnu aiz rokas, neko ne-teiks un viņi turpinās iet, bet bērns kļūst klusāms šņukstēs. (Izvairīgais piesaistes tips)
 2. Māte paraus bērnu aiz rokas, dusmīgi paskatīsies un teiks: *“Skaties, kur ej!”*, bet ieraugot, ka bērns taisās raudāt, viņa to nikni paraus, tad nolieksies un laipni jautās: *“Tu taču nesasities, vai ne! Tad celsies!”* Viņi turpinās iet. (Ambivalentais piesaistes tips)
 3. Māte ieraugot, ka bērns pakļūpot ir nobrāzis celi, ļoti pārbīsies, gandrīz sāks raudāt: *“Mans mīļais nabadziņ, cik briesmīgi esi sasities!”* Varbūt paņems bērnu rokās, visādi to mīļos – tā, it kā viņš būtu salauzis kāju, un domās apsvērs visas dzīvībai bīstamās kaites, ko var radīt nobrāzums. (Dezorganizētais piesaistes tips)
 4. Māte nolieksies pie bērna, aplūkos kāju, noglāstīs to un teiks: *“Sabijies, vai sāp? Tūlīt pāries, nebīsties, tikai tagad skaties uzmanīgāk, nepakļūpi atkal. Nāc, iesim tālāk!”* (Drošais piesaistes tips)
- Šajos četros gadījumos attēloti četri piesaistes uzvedības tipi.

Pirmajā gadījumā māte, kas parauj bērnu, neko nesaka un iet tālāk. Tā ir māte, kura ir iemācījusies ignorēt jebkādu pārdzīvojumu, jo acīmredzot arī viņas pārdzīvojums

bērnībā visbiežāk ir ticis ignorēts. Jebkurš emocionālais stāvoklis – pozitīvs vai negatīvs – ir atstāts bez uzmanības. Tieši šādu uzvedību māte demonstrē arī šajā interakcijā – bērns tikai sabijās, tam nav vērts pievērst uzmanību.

Otrajā gadījumā māte, kas reaģēja dusmīgi, bērnībā ir nācies piedzīvot, ka reakcija uz viņas pārdzīvojumu ir bijusi divējāda: sākumā vecāks pats ir sabijies un baiļu dēļ bērnu sarājis, un tikai pēc tam mierinājis, bet nekad nemierināja un nemēģināja saprast uzreiz – tā ir divējāda attieksme pret notiekošo – sākumā paša baiļu dēļ norāt, bet pēc tam bērna pārdzīvojumam pievērst uzmanību.

Trešajā gadījumā māte krīt panikā, jo ir piedzīvojusi psiholoģisku, fizisku un/vai seksuālu traumu. Viņai pašai ir bijusi nelīdzsvarota māte, kura nav spējusi atšķirt bērna garastāvokļus, viņai pašai ir bijis grūti atšķirt katastrofu no neliela starpgadījuma, un viņa ir iemācījusies, ka jebkurš notikums, visādam gadījumam, ir katastrofa, jo citādi to nevar izturēt (robežpersonība vai psihotiski funkcionējoša persona).

Ceturtajā gadījumā māte, kura mazliet mierina bērnu un paskaidro, kas noticis un iedrošina iet tālāk, ir piedzīvojusi drošo piesaistes uzvedību. Jo bērnībā mātes emocionālie stāvokļi 60% gadījumu ir ņemti vērā un adekvāti izskaidroti. No visiem četriem piemēriem tikai šai mātei ir dabiski pieejams potenciāls iemācīt savam bērnam mentalizēšanas procesu.

Piesaistes veida un prāta mentalizācijas spējas saistība

Lai saprastu, kā piesaistes uzvedība saistīta ar mentalizāciju, jāiedomājas: *“Ja bērnam ir pārliecība, ka eksistē cilvēks, kurš saprot viņa rīcību, proti, bērnam ir drošā piesaiste, tas ir pamats mentalizācijas funkcijai.”* (Fonagy, 2012)

Tas dod pārliecību, ka pie šā cilvēka var meklēt izpratni, palīdzību un atbalstu. Bērns var paļauties uz viņa ieinteresētību visās savas uzvedības izpausmēs un emocionālajās reakcijās.

Ja ir veidojusies nedrošā piesaiste, bērns visdrīzāk jūtas nesaprasts un noteiktās situācijās nespēj reaģēt atbilstoši realitātei (robežpersonības pazīmes). (Freiberg, 1992; Mahler, 1975; Fonagy, 2006; Robertson, 1989)

Ja piesaiste ir nedroša, indivīds nesaprot sevi, tāds cilvēks nespēj saprast arī otra

emocijas un rīcību. Tāpēc mentalizācijas process kā prāta centieni var tikt traucēts.

Bez tam nedrošā piesaiste mazina vai pavisam atņem pārliecību, ka esmu otra cilvēka prātā, radot sajūtu, ka meklēt kāda palīdzību vispār nav jēgas.

Šādā gadījumā dominējošā pašuztveres izjūta būs bailes (trauksme), kas ir robežpersonības galvenais raksturlielums.

Vai mentalizācija ir noturīga?

Domājot par mentalizāciju, rodas jautājums – vai šī spēja, reiz attīstījusies, ir nemainīga un darbojas vienmēr?

Cilvēks dažādu dzīves notikumu dēļ var zaudēt garīgo līdzsvaru, šādā gadījumā mentalizācijas spēja var tikt traucēta vai pat pārtraukta. Kāda spēcīga emocionāla pārdzīvojuma vai stipra noguruma iespaidā, cilvēks pēkšņi nespēj mentalizēt, jo stresa vai apātijas stāvoklī ir grūti koncentrēties uz cita cilvēka rīcību un saprast tās emocionālo nozīmi vai uztvert citu domas. (Fonagy, Bateman, 2006; Solms, 2012) Šie apstākļi ļauj izprast, ka mentalizācija no vienas puses – ir kā dotums, no otras puses – tas ir mainīgs un iespaidojams lielums. No tā izriet divi secinājumi:

- mentalizācija nav noturīga;
- tā ir atjaunojama un dzīves laikā noteiktos apstākļos uzlabojama.

Pēc mentalizācijas koncepta ieviešanas tūlīt sākas arī uz mentalizāciju vēsta psihoterapija, kuras paņēmieni un tehnika domāta, lai palīdzētu cilvēkiem ar robežpersonības psihes uzbūvi, atjaunot vai attīstīt mentalizēšanas spēju.

Veselā miesā vesels gars

Domājot par cilvēka veselību, parasti saprotam to divos savstarpēji saistītos aspektos – ķermeniskajā (ar to saprotot cilvēka fizisko veselību) un garīgajā (ar to saprotot garastāvokli un psihisko līdzsvarotību). Abi veselību raksturojošie parametri mijiedarbojas, uzlabojot vai pasliktinot organisma funkcionēšanu. Fiziska slimība iespaido psihisko un emocionālo stāvokli, kas, savukārt, ietekmē organisma fizisko veselību. (Solms, Tornbul, 2002; Aisenstein, 2000; Sebre, 2022)

Precīzi ir grūti noteikt – vai veselā miesā mājō vesels gars, vai vesels gars uztur veselu miesu. Tādēļ daudzas Eiropas un Ziemeļamerikas valstīs velta lielu uzmanību garīgai veselībai, izglītojot iedzīvotājus par

⁴ Piesaistes uzvedības pētījumu pamatlicējs ir Džons Boulbijs. Viņa pētījumi ļāva secināt, kādā veidā piesaiste iespaido vardarbību pusaudžu vecumā un arī noziedzīgas tieksmes pieaugušā vecumā.

tās nozīmi.

Garīgai, tāpat kā fiziskai veselībai, medicīnā un psiholoģijā tikuši meklēti kritēriji, kā novērtēt tās kvalitāti un funkcionēšanas attīstības līmeni. (Eriksson, 1950; Fraiberg, 1975; Bowlby, 1979; Pine, Mahler, 1975; Fonagy, 2006; Sebre, 2022)

Ir pētīti cilvēka mūža vecumposmi un secināts, ka garīgā veselība mainās, labvēlīgos apstākļos garīgā attīstība notiek līdz pat nāvei (Bowlby, 1980; Ericksson, 1950; Sebre, Miltuze, 2022), ko daži pētnieki uzskata par pēdējo sasniegumu garīgajā izaugsmē – samierināties, ka viss ir beidzies, atstāt dzīvi bez bailēm un nožēlas.

Šobrīd daudzas teorijas vieno uzskats, ka cilvēks garīgi attīstās visa mūža garumā, tikai katram vecuma posmam ir savi garīgās pilnveidošanās uzdevumi.

Paštēls, pašuztvere un mentalizācijas spēja

Apkopojot iepriekš teikto, notiek atgriešanās pie piesaistes teorijas, jo visas aprakstītās psihiskās funkcijas ir iespējamas un viegli pieejamas indivīda apziņai tikai tad, ja viņam ir pietiekami liela pašpārliecība par sevi, savu viedokli, pašsajūtu un secinājumiem, pārliecība par apstākļu objektīvu sapratni.

Piesaiste ir tieši tā, kas ir cieši saistīta ar mentalizāciju. Tieši piesaistes uzvedība lokalizējas smadzeņu zemgarozā, padarot mentalizāciju daļēji par neapzinātu procesu.

Attīstoties neirozinātnei, mentalizēšana atgriezās aprītē kā koncepts, jo varēja secināt, ka mentalizācija nav īpaša indivīda attīstības fāze, tā patiesībā ir dotums. Smadzenēs, pieres daivu vidusdaļā ir zona, kas atbild par komplicēto procesu, tas nozīmē, ka cilvēka prātā mentalizācija un spēja uz mentalizāciju kā funkciju, ir bioloģisks dotums. (Solms 2006; 2021)

Savukārt, no neirozinātnes viedokļa piesaistes teorija liecina, ka piesaistes uzvedība nerodas smadzeņu garozā kā mentalizācijas process, bet gan smadzeņu zemgarozā, jo piesaistes uzvedība rodas no dzimšanas un pilnībā noformējas 12–18 mēnešu vecumā, lokalizēta limbiskajā smadzeņu sistēmā. (Ainsworth M., 1977) Mentalizācijas process sākas, kad bērnam ir vismaz trīs mēneši, kad skaidri var redzēt, ka bērns interesējas par aprūpētāju emocionālo stāvokli. Bērni šajā vecumā, līdzīgi kā siltasiņu dzīvnieku mazuli, skatās uz aprūpētāju un mēģina saprast viņu mentālo stāvokli, uzmi-

nēt un izprast viņu reakciju uz savu uzvedību, savu pārdzīvojumu. (Spitz, 1965)

Apkopojot visus bioloģiskos un faktiskos priekšnosacījumus mentalizēšanas procesam, labi zināmais un sen pierādīts princips – cilvēka prāts attīstās tikai saskarē ar otra cilvēka prātu.

Tas nozīmē, katram bērnam ir vajadzīgs aprūpētājs – ideālos apstākļos bioloģiskā māte, kas bērna prātu, viņa formējošos apziņu tur savā prātā un caur savu prātu atdod atpakaļ sapratni par viņa garīgo/emocionālo stāvokli. Tādējādi kontaktā ar māti katrs psiholoģiski pārmanto mātes garīgo attīstību un garastāvokli (attīstības līmeni). (Fraiberg; 1975; Stern, 1995; Winnicott, 1960) Ja šāda kontakta nav, cilvēka garīgā attīstība var būt traucēta, pat apdraudēta.

Piemēram, ja kara apstākļos zidaini kļūst par bāreņiem, un viņiem iespējams nodrošināt tikai fiziskos izdzīvošanas apstākļus, tad sekas tam ir katastrofālas. Ja bērnam nav aprūpētāja, kura prātā dzīvo bērna prāts, zīdaiņa garīgā attīstība ir traucēta vai pat apstājas. Gadījās, ka bērni, kam nebija šāda aprūpētāja, nomira, nevis fiziska defekta vai slimības dēļ, bet tāpēc, ka nesaņēma attīstībai un izdzīvošanai nepieciešamo garīgo stimulāciju. Zidainim ir programma – “Esmu kādam vajadzīgs, esmu kāda prātā, tāpēc man ir prieks dzīvot un augt”. (Anna Freud, 1965; Bowlby, 1969; Robertson, 1971; Stern, 1993)

Tas ir process, kā cilvēks piedzimst psiholoģiski (Mahler, 1975), sāk attīstīties garīgi un top par cilvēku. No kopā būšanas un mijiedarbības tālāk attīstās un pilnveidojas arī visas fiziskās funkcijas – vesels gars nodrošina veselu miesu.

Rodas jautājums – vai pilnvērtīga garīgā attīstība iespējama tikai tad, ja vecāks ar bērnu pavada kopā daudz laika? Atbilde – nē. Laika daudzumam nav nozīmes, bet svarīga ir pavadītā laika un attiecību kvalitāte. Ja vecāks vai cits aprūpētājs ir iejūtīgs un saprotošs, īpaši pārdzīvojumu brīžos, tas būs īstais garants veselīgai attīstībai, jo emocionāli pārdzīvojumi un ciešanas ir lauks, kurā vienmēr un ik vienā vecumā vajadzīgs aktīvs atbalsts, lai sevi izprastu un pārvarētu emocionālo traumu.

Pārmērīga vēlme bez mitas bērnu izklaidēt var radīt emociju regulācijas traucējumus, jo aktīvi stimuli bez regulācijas rada trauksmi, kas savienojas ar labpatiku un kļūst par bīstamu sajaukumu – bez trauksmes nav labpatikas. Trauksmei kļūstot par galveno regulējošo afektu, veidojas tā sau-

camā robežpersonība, kuras funkcionēšanu apgrūstina arī dažādas atkarības: alkohols, narkotikas, azarta un video spēles, kas uztur labpatiku un vienlaikus iluzori ļauj kontrolēt trauksmi. (Pine, Mahler, 1975; Fonagy, 2003)

Robežpersonība un funkcionēšanas robežstāvokļi

Kas raksturīgs robežpersonībai?

Robežpersonības galvenais raksturojums ir garīgā nelīdzsvarotība un impulsīva uzvedība, bet personīgā traģēdija ir tā, ka cilvēks nesaprot, kādas izjūtas (afekti) noteic viņa paša emocijas. Rezultātā šādi funkcionējoši cilvēki savas domas vai pieņēmumus jauc ar objektīviem, reāliem dzīves faktiem.

Piemēram, cilvēkam šķiet, kādam viņš ir nepatīkams. Tādēļ saziņā ar šo personu robežpersonība būs agresīvs: “Ja kāds par mani slikti domā, tad pats ir sliktis un pelnījis nepatīkamu, apvainojošu un uzbrūkošu attieksmi.” Ja šādam cilvēkam jautāsi: “Kāpēc tā darīji?” Atbilde būs: “Es nezinu, man šķiet tāds pretīgs tips, jo es viņam nepatīku!”

Tas ir piemērs, kā cilvēkam, kuram nav mentalizācijas spēju un ir traucēts mentalizēšanas process, paša domas un sekojoši pieņēmumi jūk ar objektīviem faktiem un priekšstatu par realitāti. Cilvēks rīkojas atbilstoši savām domām un domas uzskata par reāliem, neapgāžamiem faktiem.

Pat, ja realitātes uztvere pilnībā nav traucēta, tā tomēr nav gluži objektīva. Nepārbaudot faktus, indivīds reaģē, it kā zinātu, kāds patiešām ir otrs cilvēks un viņa īpašības vai attieksme pret nupat minēto faktu.

Robežpersonības attieksme diemžēl būs tāda, it kā būtu zināmi fakti par otra nekrietnību, bet patiesībā tas ir tikai paša viedoklis vai mirkļa iespaids, kas neļauj sarežģīt objektīvi notiekošo. Jāņem vērā, ka šāda neobjektīva realitātes uztvere iekšēji mūdina un attaisno vardarbību kā līdzekli problēmas risināšanai vai iedomātai novēršanai – kad paša sliktie garastāvokļi izskaidro ar otra cilvēka klātbūtni. Var rasties doma savu garastāvokli uzlabot otru pārmācot, sabiedējot, varmākojot vai pat fiziski iznīcinot, jo tā tiks likvidēts nepatīkams cēlonis. Savukārt ielūkoties sevī un izprast, kas traucē justies pašam labi cita cilvēka klātbūtnē, nebūs iespējama.

No šī aspekta raugoties, mentalizācijas spēja ir bezgala svarīga, jo tā palīdz testēt

realitāti ap sevi. Ir valstis, kurās pētnieki ir gādājuši, lai valdība iegulda līdzekļus izglītības sistēmā un skolu programmās, ieviešot pie mums dēvēto veselības mācību. (*Social, emotional and cognitive development of a child*)

Otra pasākumu kopa veltīta jaunajiem vecākiem – *Well Baby Clinic* sistēma –, lai topošie vecāki un iesaistītie speciālisti būtu izglītoti jaundzimušā garīgai attīstībai svarīgos aprūpes jautājumos un būtu arī paši spējīgi mentalizēt. Jebkura aprūpētāja mentalizācijas spēja vai nespēja, neapšaubāmi tiks nodota aprūpējamajam bērnam. Tāpēc mentalizācijas attīstība arī pieaugušā vecumā ir ļoti svarīga un, galvenais, iespējama. (*Fonagy, Bateman, 2012*)

Ja mentalizācija nav attīstīta, cilvēks sāk veidoties par robežpersonību jau 10–12 gadu vecumā, kad pusaudža sociālā vide galvenokārt ir vienaudži. Ja bērnam, kam šajā dabiski notiekošo iekšējo psiholoģisko un psihisko vētru laikā, nav mentalizācijas spēju, nav empātijas, parādās vardarbīgas tieksmes kā savu interešu aizstāvēšanas un realizēšanas veids. Būtībā tā būs paša bērībā iegūtās pieredzes atkārtošana, kad emocionālajam stāvoklim nebija nekādas nozīmes vai ietekmes uz aprūpētāju un viņa attieksmi pret bērnu. Vardarbība pusaudžu vecumā var izpausties emocionāli: apsaukšanās, aizskarošas piezīmes par izskatu, zārkāšana, mēdīšanās un ļauna izjokošana. Savukārt fiziskā vardarbība kā vienīgais pašizstāvēšanās un pašizpaušmes veids, var tikt realizēta fiziski iespaidojot: sitot, grūstot un aizskarot. Uzbrukumi akūtās dusmu lēkmēs var apdraudēt upura veselību vai pat dzīvību, jo iztrūks spēja regulēt savu afektu izraisīto emocionālo reakciju stiprumu, bet otra cilvēka ciešanu līmenis tiks pilnībā ignorēts.

Diemžēl šis uzvedības fenomens nav bērnam paša nopelns, bet ģimenē apgūts uzvedības un garīgās funkcionēšanas veids. Pirmavots ir ne tikai vecāki, kas bērnam dod spēju attīstīties emocionāli pilnvērtīgi un līdzsvaroti, bet arī skolotāji, treneri un medicīnas darbinieki. Ja bērns ir iemācījies saprast un regulēt emocijas un pārdzīvojumus, bērna uzvedība būs līdzsvarota, visticamāk brīva no vardarbības vai atkarībām. Ja bērns no saviem tuvākajiem būs cietis emocionālu vai fizisku vardarbību, tā liksies paš-

saprotama un pieņemama rīcība dzīves situāciju risināšanā.

Izteikti agresīvas un vardarbīgas pusaudžu uzvedības gadījumā, situācija optimāli jārisina visai ģimenei, jo agresijas izpaušmes vispirms jāaptur tieši mājas vidē, sevišķi, ja tā ir emocionāla vardarbība – it kā neredzama agresija, bet ar tikpat graužošām emocionālās attīstības sekām kā fiziska iespaidošana.

Mentalizācijas funkcija ir arī mācīšanās spēju pamatā. Ja mentalizācija ir traucēta, bērnam ir grūtības mācīties. Ja tā tiks koriģēta, sagaidāma mentālās funkcionēšanas attīstība, jo cilvēks ir uz mācībām, izpēti un jaunu iemaņu apguvi dabiski tendēta būtne. Šo spēju attīstīšana ir katra aprūpētāja uzdevums, sākot ar ģimeni un turpinot ar bērnudārzu, skolu, sporta nodarbībām vai slimnīcu.

Kopsavilkums

Domājot par aprūpējošām profesijām, tai skaitā ārstu, kura ceļš uz profesiju ir garš, intelektuāli un emocionāli piesātināts, ko studiju laikā bagātinājuši pieredzējuši un izcili ārsti, kas snieguši intelektuālu un garīgu (ne reliģisku) piemēru, liek domāt, ka ilgstošajā mācību procesā katram ārstam mentalizācijas spējas ir attīstījušās un pilnveidojušās. Dažās medicīnas studiju programmās, piemēram, Anglijā, potenciālos ārstus intervē, lai noteiktu garīgās attīstības līmeni, jo studijas prasīs lielu fizisku, emocionālu un garīgu slodzi. Tādēļ svarīgi jau pirms profesijas apguves izzināt, vai psihiskā attīstība ir pietiekami augsta un mentalizēšanas spēja pastāv, jo tad cilvēks var saprast sevi, savus garstāvokļus un uzvedības motivāciju. Šo spēju indivīds var pielietot, lai izprastu ne tikai otra cilvēka garstāvokli un uzvedības motivāciju, bet arī SAVU. Tas ir brīdis, kad cilvēks, kurš spēj mentalizēt, spēj paturēt otra cilvēka prātu savā prātā – visstākā mātes funkcija, kura ārstam jāpiepilda ar pacientu gan intelektuāli, gan emocionāli. Tas ārstam palīdzēs saprast un apzināties pašam sevi, saskaroties ar otra cilvēka domām, jūtām un izprast iespējamo savu un otra cilvēka rīcību mijiedarbībā. Ārstam, lai ārstniecības process ritētu sekmīgi, nemitīgi ar pacientu jāatrod labs komunikācijas veids, gluži kā labai mātei.

Kopsummā var secināt, ka ārstam kā ikvienam intelektuāli un garīgi attīstītam cilvēkam, jāļauj sev būt veselīgi pozitīvam un atvērtam pašam pret sevi un savu psihisko funkcionēšanu, lai laikus pamanītu nogurumu, pārslodzi vai ilgstošas garstāvokļa svārstības. Saprast sevi ir pirmais uzdevums, lai saglabātu savu garīgo veselību un stabilitāti, jo tikai garīgi attīstīts cilvēks, kāds ir ārsts, ir pirmais palīgs pats sev, un zinās, kur un kādu atbalstu vai palīdzību meklēt.

Jebkurš cilvēks ar nobrukušu mentalizācijas spēju neatkarīgi no dzimuma, izglītības un tautības var uzbrukt emocionāli vai fiziski otram, apdraudēt otra cilvēka psihisko līdzsvaru vai veselību, jo nevar regulēt savu afektu izraisīto emocionālo reakciju stiprumu, bet otra cilvēka ciešanu līmeni traucētās mentalizācijas funkcijas dēļ nevar izvērtēt un ņemt vērā.

Domājot par vēsturisko realitāti bijušajā PSRS teritorijā, diemžēl varam pieņemt, ka šobrīd vēl nav radīti optimāli apstākļi nedz pieaugušo, nedz bērnu veselīgai garīgai attīstībai un funkcionēšanai visās ģimenēs, nedz visās pirmsskolas izglītības iestādēs un skolās, kas varētu būt atspaidis ģimenei un sabiedrībai kopumā.

Šobrīd zināmi pētījumu rezultāti, ka sabiedrībās, kur pastāv liela plaisa starp pārtikušajiem un nabadzīgajiem slāņiem materiālajā nodrošinājumā un izglītībā, mentalizācijas līmenis sabiedrībā kopumā ir visai zems. (*Fonagys, 2021*)

Vienlaikus, izprotot mentalizācijas spēju un iespēju to pilnveidot, var ļaunties uz cilvēka kā sugas tieksmi attīstīties un pilnveidoties, meklējot pašizpaušmes ceļus, tātad attīstot savu bioloģiski doto mentalizācijas spēju, par šo procesu pat neko īpaši nezinot.

Pārzinot mentalizācijas procesu, var izdarīt optimistisku secinājumu – arī pieaugušā vecumā pārmaiņas ir iespējamas, tikai jāļauj sev pilnveidoties un garīgi augt, kaut arī tam vajadzīgs laiks. Tāpat mentalizācijas bioloģiskā izpratne labi pamato izglītības un psiholoģisko (psihoterapeitisko) palīdzības metožu nozīmību cilvēka garīgajā attīstībā jebkurā dzīves posmā, svarīga tikai vēlme attīstīties un mainīties.

Kā teica Rainis: “Pastāvēs, kas pārvērtīsies!”

Literatūra

1. Abram, J. & Hjulmand K. (1996) *The Language of Winnicott. A Dictionary of Winnicott's use of words.*
2. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, B. (1978) *Patterns of attachment.* Hillsdale, NY: Erlbaum.
3. Allen, A., Thompson. T. (1984) *Agreement, understanding realization, and feelings understood as a predictor of communicative satisfaction in imarital dynds.* *Journal of marriage and family*, 52, 915–921.
4. Antonovsky, H. (1959) *A contribution to research in the*

- area of the mother-child relationship. *Child Development*, 30, 37–51.
5. Bateman, A., & Fonagy, P. (2006) Mentalizing and borderline personality disorder. In J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons, Inc.
 6. Belsky, J., Spanier, G. (1984) *The child in the family*. London.
 7. Billard, M., Cummings, B.M. (1988) Response to adults angry behaviour in children of alcoholic and nonalcoholic parents, *The Journal of Genetic Psychology*, 151 (2), 195–209.
 8. Byng-Hall, J. (1995) *Rewriting Family scripts*. The Guilford Press.
 9. Bion, W.R. (1962) *Learning from Experience*. New York: Basic Books.
 10. Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss, Volume:1 Attachment*. New York: Basic Books.
 11. Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss, Volume 2: Separation, Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
 12. Bowlby, J. (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. London.
 13. Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss, Volume 3: Loss*. New York: Basic Books.
 14. Brazelton, T.B., and Cramer, B. (1990) *The Earliest Relationship: Parents, Infants, and the Drama of Early Attachment*. Addison-Wesley.
 15. Brazelton, T.B. (1983) *Infants and their mothers*.
 16. Bretherton, I. (1985) *Attachment theory: retrospect and prospect*. *Growing points of attachment theory and research*. *Monograph of the society for research in child development*.
 17. Byng-Hall, J. (1995) *Rewriting Family scripts*. The Guilford Press.
 18. Camara, K., Resnick, G. (1989) *Styles of conflict resolution and cooperation between divorced parents effects on child behavior and adjustment*, *Amer. J Orthopsychiatry* 59 (4).
 19. Cummings, M., Davies, P. (1994). *Children and marital conflict*. The Guilford Press.
 20. Fonagy, P., Bateman, A. (2016) *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*, Oxford Press.
 21. Fonagy, P., Steele H.; Steele, M.; (1991) *Maternal representation of attachment during pregnancy predict the organization of infant -mother attachment at one year of age*.
 22. Fonagy, P., Steele, I., Steele, M., Moran, G., Higgit, A. "Measuring the ghosts in the nursery an empirical study of the relation between parents mental representations of childhood experiences and their infants security of attachment," *J. Am. Psychanalytic Assoc.* 41.
 23. Fonagy, P. (1991) *Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient*. *Int. J. of psychoanalysis*.
 24. Fonagy, P. (2005) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Routledge Books.
 25. Fonagy, P., and Target, M. (1998) *Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis*. *Psychoanalytic Dialogues* 8(1): 87–114.
 26. Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Moran, G., Higgit, A. (1991) *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant mental Health Journal*, 13, 200–217.
 27. Fonagy, P., Steele, I., Steele, M., Moran, G., Higgit, A. *Measuring the ghosts in the nursery an empirical study of the relation between parent's mental representations of childhood experiences and their infant's security of attachment*. *J. Am. Psychanalytic Assoc.* 41.
 28. Fonagy, P., Steele, H., Steele, M. (1991) *Maternal representation of attachment during pregnancy predicting the organization of infant -mother attachment at one year of age*.
 29. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Target, M., Schachter, A. *Reflective – self functioning manual for application to adult attachment interviews*. *International Journal of behavioural development*, 14, 375–394.
 30. Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Higgit, A., Target, M. (1994) *The theory and practice of resilience*. *J. of child psychology and psychiatry*. 35, 231–257.
 31. Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975) *Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships*. *Journal of the American Academy for Child Psychiatry* 14, 387–422.
 32. Anna Freud (1963) *Ego and the Mechanisms of Defense*. Routledge Press.
 33. Freud, A. (1966–1980) *The Writings of Anna Freud: 8 Volumes*. New York: Indiana University of Pennsylvania.
 34. Freud, S. (1940) *An outline of psychoanalysis*. *Standard Edition* 23 (Ed. and trans. J. Strachey). 137–207. London: Hogarth Press.
 35. Frommer, E., Hamp, Shea, P. (1973) *Antenatal identification of women likely to have problems in managing their infants*. *British Journal of Psychiatry* 123, 149–156.
 36. Howe, David. *Attachment across the lifecourse: Abrief introduction*. 2011 th edition.
 37. HeHinde, R. (1979) *Towards understanding relationships*. Academic Press.
 38. *Introduction to Psychoanalysis: Lectures for Child Analysts and Teachers*. (1922–1935). 1.
 39. Kenny, D., Acitelli, L. (1994) *Measuring similarity in couples*. *J. of family psychology*, 8(4), 417–431.
 40. Lamb, M. (1979) *Influence of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal, and infancy periods*. *Child influences on marital and family interaction*. Academic press.
 41. Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A. (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant*. Basic Books.
 42. Main, M. (1997) *The Adult Attachment Interview*. NewYork Press.
 43. Main, M., Hesse, C. (1990) *Parents unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status*. *Attachment in the preschool years: theory, research and intervention*.
 44. Main, M., Kaplan N. (1985) *Security in infancy , childhood, adulthood: a move to the level of representation*. *Growing points in attachment theory and research*.
 45. Nathanson, D.L. (1992) *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*, New York: W.W. Norton Neuroscience of the subjective Experience. (2002). Routledge books.
 46. Openheim, D., Waters H. (1995) *Narrative processes and attachment representations: issues of development and assessment*. *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models*.
 47. Owens, G., Crowell, J., Treboux, J., OConnor, E., Waters, E. (1995) *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure - base behavior and working models*.
 48. Alessandra Piontelli. *From Fetus to Childan Observational and Psychoanalytic Study*. Copyright 1992.
 49. Robertson J. (1989) *Separation and the Very Young*. Free Association Books.
 50. Robertson, A. (1996) *Two years Old goes to the hospital*. Karnack Books.
 51. Rutter, M., Rutter, M. (1993) *Developing minds*. Penguin Books.
 52. Sebre S., Miltuze A. (2022). *Attīstības psiholoģija*. Zvaigzne ABC.
 53. Shifflett-Simpson, K., Cummings, M. (1996) *Mixed message resolution and children's responses to enter adult conflict*. *Child Development*, 67, 437–448.
 54. Solms, M., Turnbull, O. (2002) *Brain and the Inner world, an Introduction to the Neuroscience of the subjective Experience*. Routledge books.
 55. R. Spitz "First year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations by Rene A. Spitz and W. Godfrey Cobliner 1966.
 56. Sroufe, A. (1983) *An organizational perspective on the self*.
 57. Steele, H., Steele, M. (1992) *Intergenerational patterns of attachment*. *Advances in personal relationship*, 5, 93–120.
 58. Steele, H., Steele, M., Fonagy, P. (1996) *Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants*. *Child Development*, 67, 541–555.
 59. Stern, D. (1995) *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. Basic Books.
 60. Stern, D.N. (1977) *The First Relationship*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
 61. Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books.
 62. Tomkins, Silvan S. (1962). *Affect Imagery Consciousness: The Positive Affects*. Springer 1(9).
 63. Trevarthen, C. (1979). *Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity*. *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication*, ed. M.M. Bullowa. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 321–349.
 64. Tronick, E.Z. (ed.), (1998) *Interactions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research*. *Infant Ment. Health J.* 19 (3).
 65. Tronick, E.Z. & Weinberg, K. (1997) *Depressed mothers and infants: the failure to form dyadic states of consciousness*. *Postpartum Depression and Child Development*. ed. L. Murray & P. Cooper. Hillsdale, NJ: Guilford Press, 54–85.
 66. Van IZendorn, M., Bakermans-Kranenburg, M. (1995) *Parental attachment and children's socio-emotional development some findings on the validity of the Adult Attachment*. *International Journal of behavioral development*, 14, 375–394.
 67. Winnicott. (1957) *Integrative and disruptive factors in family life in the family and individual development*. Routledge.
 68. Winnicott. (1960) *The theory of the parent - infant relationship „in the maturational processes and the facilitating environment*. Karnack Books.
 69. Wladis, L., Manis, D. (1979) *Influences of children on marital interaction and parental satisfactions and dissatisfactions in Child influences on marital and family interaction*. Academic press.